

ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ УЧАСТИИ В ПРОГРАММАХ, ПОЗВОЛЯЮЩИХ СЭКОНОМИТЬ ПРИ ОПЛАТЕ УСЛУГ ПРОГРАММЫ MEDICARE (MEDICARE SAVINGS PROGRAMS)

Департамент социального обеспечения и здравоохранения штата Вашингтон (Department of Social and Health Services, DSHS) предлагает программы, помогающие вам оплачивать часть ваших расходов по программе Medicare. Эти программы предназначены для лиц, имеющих право на участие или записанных в Часть А программы Medicare (Medicare Part A).

QMB

Программа Qualified Medicare Beneficiary (программа для получателей льгот по программе Medicare, отвечающих требованиям программы)

Данная программа предназначена для лиц, имеющих право на участие в Части А программы Medicare и имеющих ограниченные активы и доход на уровне или ниже 100% федерального прожиточного минимума (Federal Poverty Level, FPL). Программа QMB оплачивает, в случае необходимости, стоимость участия в Части А программы Medicare, страховые взносы Части В программы Medicare, а также покрывает франшизы и расходы, связанные с совместным страхованием, программы Medicare.

SLMB

Программа Specified Low-Income Medicare Beneficiary (программа для получателей льгот по программе Medicare с определенным низким уровнем доходов)

Данная программа предназначена для лиц, имеющих право на участие в Части А программы Medicare и имеющих ограниченные активы и доход, который превышает 100% федерального прожиточного минимума (FPL), но составляет менее 120% FPL. Программа SLBM оплачивает только страховые взносы Части В программы Medicare.

Qualified Individual (QI-1) - ESLMB

Программа Expanded Specified Low-Income Medicare Beneficiary (программа для получателей льгот по программе Medicare с определенным увеличенным низким уровнем доходов)

Данная программа предназначена для лиц, имеющих право на участие в Части А программы Medicare и имеющих ограниченные активы и доход, который превышает 120% федерального прожиточного минимума (FPL), но составляет менее 135% FPL. Одно и то же лицо не может одновременно иметь право на участие в программе Medicaid и получать льготы по программе QI-1. Программа QI-1 оплачивает только страховые взносы Части В программы Medicare. Финансирование этой программы ограничено.

КАКИМ ТРЕБОВАНИЯМ Я ДОЛЖЕН ОТВЕЧАТЬ?

1. Вы должны иметь возможность участвовать в Части А и Части В программы Medicare.
2. Стоимость ваших активов, таких как банковский счет, акции и облигации, не может превышать **4 000** долларов на одного человека и **6 000** долларов на супружескую пару. Активы и доход вашего супруга учитывается даже в том случае, если ваш супруг не участвует в программе Medicare или не подает заявления о получении льгот.
3. Ваш доход не должен превышать определенных уровней, установленных для каждой программы. Эти установленные уровни доходов пересматриваются ежегодно.
4. Чтобы подать заявление или задать дополнительные вопросы, вам следует связаться с Отделом социального обеспечения (Community Services Office, CSO) департамента DSHS, обслуживающим тот район, где вы проживаете. **Найдите номер телефона ближайшего к вам отдела CSO на страницах телефонного справочника, отведенных для государственных органов штата, в разделе «Социальные услуги и Услуги здравоохранения» (Social and Health Services) или в разделе «Отдел социального обеспечения» (Community Services Office).**

КАК ПОДАТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ?

1. Заполните прилагаемое заявление на участие в программах QMB, SLMB и QI-1 (или ESLMB).
2. Приложите копии вашей красной, белой и синей карточки программы Medicare (лицевой и обратной стороны) и вашего удостоверения личности. Также приложите копию вашей страховой карточки (лицевой и обратной стороны), если у вас есть другая медицинская страховка. **Пожалуйста, отправляйте копии, а не оригиналы.**
3. Отправьте по почте заявление и копии перечисленных выше документов в ваш местный Отдел социального обеспечения (CSO).
4. Процесс рассмотрения вашего заявления может занять до **45** дней с момента получения вашего заявления Департаментом социального обеспечения и здравоохранения. Если вы не получите никакой информации из Департамента социального обеспечения и здравоохранения в течение **20** дней, позвоните в Отдел социального обеспечения (CSO) вашего района, чтобы узнать о том, как продвигается рассмотрение вашего заявления.

ЕСЛИ ВАМ НЕОБХОДИМА ДЕНЕЖНАЯ, МЕДИЦИНСКАЯ ИЛИ ПРОДОВОЛЬСТВЕННАЯ ПОМОЩЬ, ТО ВЫ ДОЛЖНЫ ЗАПОЛНИТЬ ДРУГОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ. ПОЖАЛУЙСТА, ПОЗВОНИТЕ В СВОЙ ОТДЕЛ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (COMMUNITY SERVICES OFFICE, CSO), И ВАМ ПРИШЛЮТ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ФОРМУ.



ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ УЧАСТИИ В ПРОГРАММАХ, ПОЗВОЛЯЮЩИХ СЭКОНОМИТЬ ПРИ

ОПЛАТЕ УСЛУГ ПРОГРАММЫ MEDICARE

APPLICATION FOR MEDICARE SAVINGS PROGRAMS

Пожалуйста, прочтите нижеследующее, прежде чем заполнять заявление.

Вам необходимо будет ответить на все вопросы, прежде чем мы определим, сможем ли мы вам помочь. Если вам потребуется помочь при заполнении какой-либо части данной формы, позвоните в свой местный Отдел социального обеспечения (Community Services Office).

ШАГ 1

Пожалуйста, заполните печатными буквами.

1. ИМЯ	ОТЧЕСТВО	ФАМИЛИЯ	
2. АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ	ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС
3. ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ)	ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС
4. НОМЕРА ТЕЛЕФОНОВ ДОМАШНИЙ	5. ЕСТЬ ЛИ У ВАС СЛОЖНОСТИ С РАЗГОВОРОМ, ЧТЕНИЕМ ИЛИ ПИСЬМОМ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		
ДЛЯ СООБЩЕНИЙ	ВАМ НУЖЕН ПЕРЕВОДЧИК? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ ЕСЛИ ВАМ НУЖЕН ПЕРЕВОДЧИК, МЫ ВАМ ЕГО ПРЕДОСТАВИМ. НА КАКОМ ЯЗЫКЕ ВЫ ГОВОРите? <hr/>		

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

ЕСЛИ ВЫ СОСТОИТЕ В БРАКЕ, УКАЖИТЕ ТАКЖЕ ИМЯ ВАШЕГО СУПРУГА. ИСПОЛЬЗУЙТЕ ОФИЦИАЛЬНЫЕ ИМЕНА.

ИМЯ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ)	СТЕПЕНЬ РОДСТВА С ВАМИ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ПОДАЕТ ЗАЯВЛЕНИЕ О ПОЛУЧЕНИИ ЛЬГОТ? ДА НЕТ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (SSN)	ПОЛ М ИЛИ Ж
	Я САМ(А)				
	СУПРУГ				

ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

ПОСТАВЬТЕ ОТМЕТКИ В СООТВЕТСТВУЮЩИХ КВАДРАТАХ	НОМЕР MEDICARE
Имею право или получаю: Часть A Medicare Я сам(а) Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	
Супруг Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	
Имею право или получаю: Часть B Medicare Я сам(а) Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	
Супруг Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	

Я/мы имеем другую медицинскую страховку. Да Нет

Если «да», то какую страховку, и кто по ней застрахован?

ДОХОД

Ниже укажите доход каждого человека, имеющего доходы и включенного в данное заявление. Укажите сумму дохода до вычетов (таких как налоги или страховые взносы). Доход включает в себя, но не ограничен следующим:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| • Зарплата | • Пособия железнодорожникам (Railroad Benefits) | • Алиментные платежи | • Дополнительная социальная помощь (SSI)/Выплаты общественной помощи (Public Assistance) |
| • Доходы от индивидуальной предпринимательской деятельности | • Пособия по социальному обеспечению | • Пособия безработице или выплаты, связанные с несчастным случаем на рабочем месте(Workers Compensation) | • Пенсии |
| • Комиссионные | • Пособия ветеранам войны (Veterans Benefits) | | • Дивиденды или проценты |
| • Плата за питание и проживание/арендная плата | | | • Другое |

ИМЯ	РАБОТОДАТЕЛЬ ИЛИ ИСТОЧНИК ДОХОДА	СУММА ДО ВЫЧЕТОВ	КАК ЧАСТО ПОЛУЧАЕТЕ?

АКТИВЫ

Сумма моих активов составляет менее 4 000 долларов на одного человека или менее 6 000 долларов на супружескую пару. К активам относятся такие средства, как банковские счета, депозитные сертификаты, сберегательные облигации, индивидуальные пенсионные счета (IRA), акции и облигации, доли во взаимных фондах, наличные средства, имущество (кроме дома или автомобиля).

Да Нет

Если «да», то, пожалуйста, укажите ниже:

ИМЯ ВЛАДЕЛЬЦА	ТИП АКТИВОВ/НОМЕР СЧЕТА	ТЕКУЩАЯ СТОИМОСТЬ

В. Вы или ваш супруг владеете автомобилем или другим транспортным средством (грузовик, лодка, дом на колесах, мотоцикл, дом-автоприцеп и/или трейлером) или собираетесь приобрести его?

Да Нет

Если «да», то, пожалуйста, укажите ниже:

ИМЯ ВЛАДЕЛЬЦА	НАИМЕНОВАНИЕ	ГОД	МАРКА/МОДЕЛЬ	ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ТРАНСПОРТИРОВКИ НА МЕДИЦИНСКИЕ ПРИЕМЫ?	ЦЕНА	СУММА ДОЛГА ЗА ТРАНСПОРТНОЕ СРЕДСТВО
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		

С. Есть ли у вас или вашего супруга полис страхования жизни денежной стоимостью более 1 500 долларов? Также, пожалуйста, укажите все похоронные страховки или укажите, в каких страховых планах на случай похорон вы участвуете. Да Нет

Если «да», то, пожалуйста, укажите ниже:

ВЛАДЕЛЕЦ ПОЛИСА	НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ/ НОМЕР ПОЛИСА	НОМИНАЛЬНАЯ СТОИМОСТЬ	ДЕНЕЖНАЯ СТОИМОСТЬ	КТО ЗАСТРАХОВАН?

ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧТИТЕ, ПРЕЖДЕ ЧЕМ ПОДПИСЫВАТЬ

Я ПОНИМАЮ ЧТО:

- Я должен немедленно сообщать в Департамент социального обеспечения и здравоохранения (DSHS), письменно или по телефону, о любых изменениях моего положения. Несвоевременное сообщение может привести к неправильному начислению пособий.
- Мое положение подлежит проверке департаментом DSHS или другими государственными органами штата или федеральными органами.
- Я должен предоставить по требованию подтверждающие документы, чтобы получить право на помочь. Департамент DSHS может помочь мне получить подтверждающие документы или связаться для этого с другими лицами или органами.
- Обращаясь за льготами по медицинскому обслуживанию и получая их, я передаю штату Вашингтон все права на любую материальную помощь, связанную с медицинским обслуживанием, и на любые платежи третьих сторон на медицинское обслуживание.

ЗАЯВЛЕНИЕ И ПОДПИСЬ(ПОДПИСИ)

Я прочитал и понял информацию, изложенную в настоящем заявлении. Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что информация, предоставленная мною в данном заявлении, по моему убеждению, является истинной, точной и полной.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ		ДАТА
ПОДПИСЬ СУПРУГА		ДАТА
ПОДПИСЬ ЛИЦА, ПОМОГАВШЕГО ЗАЯВИТЕЛЮ	ОРГАНИЗАЦИЯ	ДАТА

РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

Я разрешаю департаменту DSHS раскрыть информацию, имеющую отношение к моему заявлению об участии в программах Medicare Savings Programs, лицу, оказывающему помочь в заполнении настоящего заявления, или представителю организации этого лица.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ

ДАТА

ДОБРОВОЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Мы просим вас добровольно сообщить нам свою расу или этническое происхождение. Данная информация не будет использована при принятии решения о вашем праве на получение льгот.

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Белый | <input type="checkbox"/> Латиноамериканец | <input type="checkbox"/> Черный | <input type="checkbox"/> Американский индеец/коренной житель Аляски |
| <input type="checkbox"/> Вьетнамец/лаосец/камбоджец | | <input type="checkbox"/> Племя: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Другая азиатская национальность или национальность тихоокеанских островов | | <input type="checkbox"/> Другое: _____ | |

ШАГ 2

ПРИЛОЖИТЕ ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ

Для того, чтобы рассмотреть ваше заявление, нам потребуется некоторая информация. **Отправляйте на копии документов, не отправляйте оригиналы.**

Удостоверение личности

Водительские права, паспорт или удостоверение с фотографией

Программа Medicare

Карточка-удостоверение участника программы Medicare (лицевая обратная сторона)

Другая медицинская страховка

Страховая карточка (лицевая и обратная сторона)

Если вы не можете получить подтверждающие документы, то департамент DSHS может вам помочь. Пожалуйста, приложите записку с указанием причины, по которой вы не можете предоставить подтверждающие документы.

ШАГ 3

Подпишите и поставьте дату на вашем заявлении и отправьте его вместе с копиями ваших документов в свой местный Отдел социального обеспечения (CSO). Позвоните в свой местный отдел CSO, если вам необходим конверт с оплаченными почтовыми расходами.

Во всех программах и мероприятиях, проводимых Департаментом социального обеспечения и здравоохранения (DSHS), запрещена дискриминация. Никто не может быть исключен из данных программ и мероприятий на основании расовой принадлежности, цвета кожи, убеждений, политических взглядов, национального происхождения, религии, пола или инвалидности.